

Formulario de Retiro para compartir información del Servicio de Health Home

Health Home calificado		
<p>Al firmar este formulario, estoy diciendo que no deseo estar en el programa de Servicio de Health Home.</p> <p>Debido a que ya no estaré en este programa del Servicio de Health Home, también estoy retirando mi permiso para que el Servicio de Health Home comparta mi información de salud personal con los proveedores y otras personas en el programa del Servicio de Health Home. Entiendo que los proveedores/socios que ya tengan mi información de salud no tienen que devolverlo a mí o sacarlo de sus registros.</p> <p>Entiendo que mi información de salud personal seguirá siendo protegida por las leyes y las normas estatales y federales de Washington. Los proveedores/socios del Servicio de Health Home que actualmente tienen información de mi salud deben obedecer todas estas leyes.</p> <p>También entiendo que el fin de mi participación en el programa del Servicio de Health Home no me impedirá obtener atención médica u otros servicios de administración de atención directa.</p> <p>Cualquier Formulario de Consentimiento del Servicio de Health Home previamente firmado por mí queda anulado.</p>		
Nombre del beneficiario de Medicaid	<u>Fecha de nacimiento del beneficiario</u>	<u>Número de identificación de ProviderOne</u>
Firma original del beneficiario o tutor legal	Fecha de la firma	
Escriba en letra de imprenta el nombre del tutor legal (si procede)	Fecha de la firma	Relación del tutor legal con el beneficiario

Los Planes de Salud Calificados deben enviar una copia escaneada de este formulario completo mediante un correo electrónico seguro para HCA a hcamcprograms@hca.wa.gov dentro de un día hábil de recepción.

1. ¿Qué pasará con mi información de salud?

Su información de salud será guardada por los proveedores/socios que ya tienen dicha información. Ellos deben protegerlo siguiendo todas las leyes federales y estatales de Washington.

2. ¿Qué leyes y reglas explican la manera cómo mi información de salud puede ser compartida?

Estas leyes y reglamentos incluyen las reglas de confidencialidad estatales y federales de Washington, RCW 71.05.630, RCW 70.24.105, RCW 70.02, la Ley Uniforme de Información de Atención Médica, 42 CFR 2.31 (a) (5), e incluye 45 CFR Partes 160 y 164, que son las reglas a que se refiere como "HIPAA", y 42 CFR Parte 2 .

3. ¿Quién puede recibir y ver mi información después de que retire mi consentimiento?

Nadie puede obtener información nueva sobre su salud, pero no se puede devolver la información que ya ha sido revelada. Las personas que pueden ver la información de salud ya divulgada son los que formaron parte del Servicio de Health Home antes de retirar su consentimiento, como los médicos, enfermeras y otras personas que trabajan para un socio del Servicio de Health Home y que participaron en su atención médica. Además, cuando usted recibe la atención de una persona que no era su médico o proveedor habitual, al igual que una nueva farmacia, hospital u otro proveedor de cierta información, como lo que paga su plan de salud o el nombre de su proveedor del Servicio de Health Home, que se puede haber proporcionado o visto por ellos.

4. ¿Qué pasa si una persona utiliza mi información y no estoy de acuerdo que lo utilicen?

Si usted cree que una persona usa su información y no está de acuerdo en dar a la persona su información, llame a su Coordinador de Atención o llame a la línea gratuita del Centro de Servicio al Cliente de Asistencia de Medicaid (MACSC) al 1-800-562-3022 (TTY: 1-800-848-5429)

5. ¿Cuánto tiempo dura mi retiro de consentimiento?

El retiro de su consentimiento se extenderá hasta el día que firme un nuevo consentimiento para el Servicio de Health Home o llame a la línea gratuita del Centro de Servicio al Cliente de Asistencia de Medicaid (MACSC) al 1-800-562-3022 (TTY: 1-800-848-5429).

6. ¿Qué pasa si después cambio de opinión y quiero participar en un Servicio de Health Home y compartir mi información?

Si cambia de opinión, por favor deje que su plan de salud o anterior Servicio de Health Home sepa que usted está interesado en estar en el Servicio de Health Home nuevamente.

7. ¿Cómo puedo obtener una copia de este formulario?

Después de firmar este Formulario de Retiro de Consentimiento, pida una copia y se le proporcionará.